



Municipio Roma VII

DIREZIONE SOCIO EDUCATIVA

Servizi Sociali

CERTIFICAZIONE MEDICA AI FINI DELLA DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI (SAISA)

Io Sottoscritto Dott.

A richiesta del/della Sig.

CERTIFICO

Le seguenti condizioni di salute del Richiedente:

MALATTIA CRONICA	SI	☐	NO	☐
(senza possibilità di guarigione)				
MALATTIA DEBILITANTE	ALTA	☐	MEDIA	☐
			BASSA	☐
(che compromette il livello di autonomia/autosufficienza)				
TRATTAMENTI TERAPEUTICI	SEMPLICI	☐	COMPLESSI	☐
(con macchinari e/o frequenti)				
DETERIORAMENTO COGNITIVO	LIEVE	☐	MEDIO	☐
			GRAVE	☐
CAD	ATTIVO	☐	NON ATTIVO	☐

Roma.....

Firma e Timbro